

Иммунопрофилактика и иммунотерапия в педиатрии

В.М. Елизарова¹, С.Ю. Страхова¹, Е.Е. Колодинская²

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет

² Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Смесь лизатов бактерий в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта

ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ФАРМАКОТЕРАПИИ В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. УСПЕХ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБУСЛОВЛЕН ПОЯВЛЕНИЕМ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ НОВЫХ ВЫСОКОАКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ. В ДАННОЙ СТАТЬЕ РАССМОТРЕНЫ ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСИ ЛИЗАТОВ БАКТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ЛЕЧЕНИЕ, СМЕСЬ ЛИЗАТОВ БАКТЕРИЙ, ДЕТИ.

18

Контактная информация:

Елизарова Валентина Михайловна,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры детской
терапевтической стоматологии
Московского государственно
медико-стоматологического университета
Адрес: 127206, Москва,
ул. Вучетича, д. 9а,
тел. (495) 611-00-31
Статья поступила 10.09.2007 г.,
принята к печати 15.10.2007 г.

В настоящее время наиболее часто встречающейся вирусной инфекцией детского возраста является герпетическая, что объясняется не только широкой распространенностью вируса простого герпеса, но и особенностями становления иммунной системы в развивающемся организме ребенка.

Одна треть населения земного шара поражена герпетической инфекцией и более половины таких больных за год переносят несколько атак инфекций, в том числе нередко с проявлениями в полости рта.

Установлено, что инфицированность детей вирусом простого герпеса в возрасте от 6 мес до 5 лет составляет 60%, а к 15 годам — 90%. Аналогичная проблема характерна и для детской стоматологии, так как с каждым годом увеличивается заболеваемость детей острым (первичным) герпетическим стоматитом.

Впервые на роль вируса простого герпеса при заболеваниях слизистой оболочки полости рта указал еще в начале XX в. Н.Ф. Филатов (1902). Он предположил возможную герпетическую природу самого распространенного у детей стоматита — острого афтозного. Эти доказательства были получены позднее, когда в эпителиальных клетках пораженных участков слизистой оболочки полости рта стали обнаруживать антигены вируса простого герпеса.

По международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, последнего десятого пересмотра (МКБ-10, Женева, 1995) это заболевание классифицируется как острый герпетический стоматит (ОГС).

Острый герпетический стоматит не только занимает первое место среди всех поражений слизистой оболочки полости рта, но и входит в лидирующую группу среди всей инфекционной патологии детского возраста. При этом у каждого 7–10-го ребенка острый герпетический стоматит очень рано переходит в хроническую форму с достаточно частыми рецидивами.

V.M. Yelizarova¹, S.U. Strakhova¹, Ye.Ye. Kolodinskaya²

¹ Moscow State Medical Dental University

² Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Mix of bacterial lysates in a complex treatment of mucous tunic of oral cavity

ONE OF THE MOST TOPICAL ISSUES OF PHARMACOTHERAPY IN CHILD-AGE DENTISTRY IS THE TREATMENT OF ORAL MUCOUS TUNIC. THE SUCCESS OF THE TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF DISEASES IS BASED ON THE AVAILABILITY OF NEW HIGH-ACTIVE MEDICATIONS IN MARKET. THE ARTICLE ANALYZES THE USAGE SPECIFICITIES OF BACTERIAL LYSATES MIXES TO CURE ACUTE DARTROUS STOMATITIS OF CHILDREN

KEY WORDS: ORAL MUCOUS TUNIC DISEASES, TREATMENT, MIX OF BACTERIAL LYSATES, CHILDREN.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Вирус простого герпеса очень широко распространен в природе. Он вызывает различные заболевания центральной и периферической нервной системы, печени, других паренхиматозных органов, глаз, кожи, слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, половых органов, а также имеет определенное значение во внутриутробной патологии плода. Нередко в клинике наблюдается сочетание различных клинических форм герпетической инфекции. Острый герпетический стоматит характеризуется высокой контагиозностью среди неиммунных людей.

Широкое распространение заболевания в возрасте от 6 мес до 3 лет объясняется тем, что в этом возрасте у детей исчезают антитела, полученные от матери через плаценту и отсутствуют зрелые системы специфического иммунитета. Среди детей старшего возраста заболеваемость значительно ниже вследствие приобретенного иммунитета после перенесенной герпетической инфекции в ее разнообразных клинических формах.

В развитии герпетической инфекции, проявляющейся преимущественно в полости рта, большое значение имеют структура слизистой оболочки рта у детей разного возраста и активность местного тканевого иммунитета. Наибольшая распространенность острого герпетического стоматита в период до 3 лет может быть обусловлена возрастными морфологическими особенностями, проявляющимися высокой проницаемостью в этот период гистогематических барьеров и низким уровнем реакций клеточного иммунитета вследствие тонкости эпителиального покрова с невысоким уровнем гликогена и нуклеиновых кислот, рыхлостью и слабостью дифференциации базальной мембраны и волокнистых структур соединительной ткани (обильной васкуляризацией, высоким уровнем содержания тучных клеток с их низкой функциональной активностью и т.д.).

Вопросы патогенеза острого герпетического стоматита в настоящее время изучены недостаточно. Во всех случаях вирусная инфекция начинается с адсорбции вирусных частиц и проникновения вируса в клетку. Дальнейшие пути распространения внедрившегося вируса по организму сложны и мало изучены. Существует ряд доказательств распространения вируса гематогенным и невральным путями. В острый период стоматита у детей имеет место вирусемия.

Большое значение в патогенезе заболевания имеют лимфатические узлы и элементы ретикулоэндотелиальной системы, что вполне согласуется с патогенезом последовательного развития клинических признаков стоматита. Появлению элементов поражения на слизистой оболочке рта предшествует лимфаденит разной степени выраженности. При среднетяжелой и тяжелой клинических формах чаще развивается двустороннее воспаление подчелюстных лимфатических узлов, но в процесс могут вовлекаться и все группы шейных лимфоузлов. Лимфаденит при остром герпетическом стоматите предшествует высыпаниям элементов поражения в полости рта, сопутствует всему течению болезни и остается в течение 7–10 дней после полной эпителизации элементов.

В устойчивости организма к заболеванию и в его защитных реакциях играют роль как специфические, так и неспецифические факторы иммунной защиты. Исследования неспецифической иммунологической реактивности при ОГС выявили нарушения защитных барьеров организма, отражающие степень тяжести заболевания и периоды его развития. Среднетяжелая и тяжелая формы стоматита приводили к резкому угнетению естественного иммунитета, который восстанавливался через 7–14 дней после клинического выздоровления ребенка.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Острый герпетический стоматит, как и многие другие инфекционные заболевания, протекает в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. Развитие болезни проходит пять периодов: инкубационный, продромальный, период развития болезни, угасания и клинического выздоровления. В периоде развития болезни можно выделить 2 фазы — катаральную и высыпания элементов поражения.

В этот период появляются симптомы поражения слизистой оболочки полости рта. Вначале появляется интенсивная гиперемия всей слизистой оболочки полости рта, а через сутки, реже двое, в полости рта, как правило, обнаруживаются элементы поражения. Тяжесть острого герпетического стоматита оценивается по выраженности проявлений токсикоза и характеру поражения слизистой оболочки полости рта.

Легкая форма острого герпетического стоматита характеризуется внешним отсутствием симптомов интоксикации организма, продромальный период клинически не проявляется (рис.). Болезнь начинается внезапно повышением температуры до 37–37,5°C. Общее состояние ребенка вполне удовлетворительное. Иногда в полости рта обнаруживаются незначительные явления воспаления слизистой оболочки носа, верхних дыхательных путей. Также в полости рта возникают явления гиперемии, небольшого отека, главным образом в области десневого края (катаральный гингивит). Длительность периода — 1–2 дня. Стадия везикулы обычно просматривается родителями и врачом, т.к. пузырек быстро лопается и переходит в афту. Афта — эрозия округлой или овальной формы с ровными краями и гладким дном с ободком гиперемии вокруг.

В большинстве случаев на фоне усилившейся гиперемии в полости рта появляются одиночные или сгруппированные элементы поражения, число которых обычно не превышает 6. Высыпания однократные. Длительность периода развития болезни — 1–2 дня. Период угасания болезни более длительный. В течение 1–2 дней элементы приобретают как бы мраморную окраску, края и центр их размываются. Они уже менее болезненны. После эпителизации элементов 2–3 дня сохраняются явления катарального гингивита, особенно в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти. У детей, страдающих этой формой заболевания, как правило, отсутствуют изменения в крови, иногда только к концу болезни появляется незначительный лимфоцитоз. При этой форме болезни хорошо выражены защитные механизмы слюны: pH 7,4 ± 0,04, что соответствует оптимальному состоянию. В период разгара болезни в слюне появляется про-

Рис. Легкая форма ОГС



тивовирусный фактор интерферон (от 8 до 12 ед/мл). Снижение лизоцима в слюне не выражено.

Естественный иммунитет при легкой форме стоматита страдает незначительно, а в период клинического выздоровления защитные силы организма ребенка находятся почти на уровне здоровых детей, то есть при легкой форме острого герпетического стоматита клиническое выздоровление означает полное восстановление нарушенных защитных сил организма.

Среднетяжелая форма острого герпетического стоматита характеризуется достаточно четко выраженными симптомами токсикоза и поражения слизистой оболочки рта во все периоды болезни. Уже в продромальном периоде ухудшается самочувствие ребенка, появляется слабость, капризы, ухудшение аппетита, может быть катаральная ангина или симптомы острой респираторной инфекции. Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Температура поднимается до 37–37,5°C.

По мере нарастания болезни в период развития заболевания (фаза катарального воспаления) температура достигает 38–39°C, появляются головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. На пике подъема температуры, усиленной гиперемии и выраженной отечности слизистой высыпаят элементы поражения, как в полости рта, так и нередко на коже лица приротовой области. В полости рта обычно от 10 до 25 элементов поражения. В этот период усиливается саливация, слюна становится вязкая, тягучая. Отмечается ярко выраженное воспаление и кровоточивость десен. Высыпания нередко рецидивируют, из-за чего при осмотре полости рта можно видеть элементы поражения, находящиеся на разных стадиях клинического и цитологического развития. После первого высыпания элементов поражения температура тела обычно снижается до 37–37,5°C. Однако последующие высыпания, как правило, сопровождаются подъемом температуры до прежних цифр. Ребенок не ест, плохо спит, нарастают симптомы вторичного токсикоза.

В крови отмечается СОЭ до 20 мм/ч, чаще лейкопения, иногда незначительный лейкоцитоз. Палочкоядерные лейкоциты и моноциты в пределах верхних границ нормы, отмечаются также лимфоцитоз и плазмоцитоз. Нарастание титра герпетических комплементсвязывающих антител обнаруживается чаще, чем после перенесения легкой формы стоматита.

Продолжительность периода угасания болезни зависит от сопротивляемости организма ребенка, наличия кариозных и разрушенных зубов, рациональности терапии. При неблагоприятных условиях происходит слияние элементов поражения, их последующее изъязвление, появление язвенного гингивита. Эпителизация элементов поражения затягивается до 4–5 дней. Дольше всего сохраняется гингивит, резкая кровоточивость и лимфаденит.

При среднетяжелом течении заболевания pH слюны становится более кислым, достигая во время высыпаний $6,96 \pm 0,07$. Количество интерферона ниже, чем у детей с легким течением заболевания, не превышает 8 ед/мл и обнаруживается не у всех детей. Содержание лизоцима в слюне снижается больше, чем при легкой форме течения стоматита. Температура неизменной внешне слизистой оболочки полости рта соответствует температуре тела ребенка, тогда как температура элементов поражения в стадии дегенерации на 1,0–1,2° ниже температуры неизменной слизистой оболочки. С началом регенерации и в период эпителизации температура элементов поражения повышается примерно на 1,8° и держится на более высоком уровне до полной эпителизации пораженной слизистой оболочки.

Тяжелая форма острого герпетического стоматита встречается значительно реже, чем среднетяжелая и легкая. В продромальный период у ребенка имеют место все признаки начинающегося острого инфекционного заболевания: апатия, адинамия, головная боль, кожно-мышечная гиперестезия и артралгия и др. Нередко наблюдаются симптомы поражения сердечно-сосудистой системы: бради- и тахикардия, приглушение тонов сердца, артериальная гипотония. У некоторых детей отмечаются носовые кровотечения, тошнота, рвота, отчетливо выраженный лимфаденит не только подчелюстных, но и шейных лимфоузлов.

В период развития болезни температура повышается до 39–40°C. У ребенка появляется скорбное выражение губ, страдальческие запавшие глаза. Могут быть не резко выраженный насморк, покашливание, несколько отежные и гиперемизированные конъюнктивы глаз. Губы сухие, яркие, запекшиеся. В полости рта слизистая отечна, ярко гиперемизирована, резко выраженный гингивит.

Через 1–2 сут в полости рта начинают появляться элементы поражения числом до 20–25. Часто высыпания в виде типичных герпетических пузырьков появляются на коже околоротовой области, век, конъюнктиве глаз, мочках ушей, на пальцах рук по типу панариция. Высыпания в полости рта рецидивируют, поэтому в разгар болезни у тяжелобольного ребенка их насчитывают около 100. Элементы сливаются, образуя обширные участки некроза слизистой. Поражаются не только губы, щеки, язык, мягкое и твердое небо, но и десневой край. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. Отмечается резкий гнилостный запах изо рта, обильное слюнотечение с примесью крови. Усугубляются воспалительные явления на слизистой носа, дыхательных путей, глаз. В секрете из носа и гортани обнаруживаются также прожилки крови, а иногда отмечаются носовые кровотечения. В таком состоянии дети нуждаются в активном лечении у педиатра и стоматолога, в связи с чем целесообразна госпитализация ребенка в изолятор педиатрической или инфекционной больницы.

В крови детей с тяжелой формой стоматита обнаруживается лейкопения, палочкоядерный сдвиг влево, эозинофилия, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов. У последних очень редко наблюдается токсическая зернистость. В период реконвалесценции, как правило, определяются герпетические комплементсвязывающие антитела. В слюне отмечается кислая среда ($\text{pH } 6,55 \pm 0,2$), которая затем может сменяться более выраженной щелочной реакцией (8,1–8,4). Интерферон обычно отсутствует, содержание лизоцима резко снижено.

Период угасания болезни зависит от своевременного и правильного назначения лечения и от наличия в анамнезе ребенка сопутствующих заболеваний.

Несмотря на клиническое выздоровление больного тяжелой формой острого герпетического стоматита в период реконвалесценции имеются глубокие изменения гомеостаза.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз острого герпетического стоматита ставится на основании клинической картины заболевания. Использование вирусологических и серологических методов диагностики в практическом здравоохранении затруднено. Это связано, прежде всего, со сложностью специальных методов исследования. Кроме того, с помощью этих методов можно получить результаты в лучшем случае к концу заболевания или спустя некоторое время после выздоровления. Такая ретроспективная диагностика не может удовлетворить врача-клинициста.

В последние годы в медицине нашел большое применение метод иммунофлюоресценции. Высокий процент сов-

падений ($79,0 \pm 0,6\%$) диагноза острого герпетического стоматита по данным иммунофлюоресценции и по результатам вирусологических и серологических исследований делают этот метод ведущим в диагностике заболевания. Сущность метода иммунофлюоресценции заключается в обнаружении специфического свечения клеток плоского эпителия, полученных с элементов поражения методом соскоба и окрашенных флуоресцирующей противогерпетической сывороткой. Возможность получить ответ в течение 2,5–3 ч с момента забора материала делает метод этиологической экспресс-диагностики стоматита весьма перспективным. Процент положительных результатов увеличивается, если материал для иммунофлюоресцентного исследования получают в первые дни высыпания элементов поражения в полости рта.

ЛЕЧЕНИЕ

Тактика лечения больных острым герпетическим стоматитом должна определяться степенью тяжести заболевания и периодом его развития. Комплексная терапия при остром герпетическом стоматите включает в себя общее и местное лечение. При среднетяжелом и тяжелом течении болезни общее лечение желательно проводить вместе с врачом-педиатром.

В связи с особенностями клинического течения острого герпетического стоматита в комплексе лечебных мероприятий важное место занимают рациональное питание и правильная организация кормления больного. Пища должна быть полноценной, т.е. содержать все необходимые питательные вещества, а также витамины. Поэтому необходимо включать в диету свежие овощи, фрукты, ягоды, соки. Перед кормлением необходимо обезболить слизистую оболочку полости рта 2–5% раствором анестезина или лидохлоргелем.

Ребенка кормят преимущественно жидкой или полужидкой пищей, не раздражающей воспаленную слизистую оболочку. Большое внимание необходимо уделять введению достаточного количества жидкости. Это особенно важно при интоксикации. Во время еды следует давать натуральный желудочный сок или его заменители, так как при болях в ротовой полости рефлекторно падает ферментативная активность желез желудка.

Местная терапия при остром герпетическом стоматите имеет перед собой следующие задачи:

- снять или ослабить болезненные симптомы в полости рта;
- предупредить повторные высыпания элементов поражения (реинфекция);
- способствовать ускорению эпителизации элементов поражения.

С первого дня периода развития заболевания острого герпетического стоматита, учитывая этиологию заболевания, важное место должна занимать местная противовирусная терапия. С этой целью рекомендуется применять 0,25% оксолиновую, 0,5% теброфеновую, 0,5% бонафтоновую, интерфероновую мази, мазь ацикловира.

Названные лекарственные препараты рекомендуется применять многократно (3–4 раза в день) не только при посещении врача-стоматолога, но и дома. Следует иметь в виду, что противовирусными средствами рекомендуется воздействовать и на пораженные участки слизистой, и на область без патологических изменений, так как они в большей степени обладают профилактическим эффектом, чем лечебным.

Исследование состояния местного иммунитета у детей, больных ОГС, позволило уточнить характерную динамику разных факторов местного иммунитета при данном заболевании. Так, содержание иммуноглобулинов класса А, играющих основную роль в защите слизистой оболочки

имудон®



Эффективная защита слизистой оболочки глотки и полости рта



- | | |
|-------------------------|---|
| ● фарингит | ● стоматит |
| ● хронический тонзиллит | ● профилактика изъязвлений, вызванных зубными протезами |
| ● пародонтоз | ● профилактика и лечение инфекции после удаления зубов |
| ● пародонтит | |
| ● гингивит | |



**SOLVAY
PHARMA**

119334, г. Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
Тел.: (495) 411-6911. Факс: (495) 411-6910
E-mail: info@solvay-pharma.ru
Http://www.solvay-pharma.ru,
http://www.dental-site.ru

полости рта, коррелирует с тяжестью и характером течения патологического процесса. Содержание лизоцима в слюне у больных ОГС зависит от степени выраженности стоматита и гингивита. Выявленные закономерности динамики показателей местного иммунитета полости рта позволяют считать патогенетически обоснованным включение в комплексную схему лечения препаратов, направленных на их коррекцию. К числу таких препаратов относится Имудон (Солвей Фарма, Франция), который представляет собой поливалентный антигенный комплекс, состав которого соответствует возбудителям, наиболее часто вызывающим патологические процессы в полости рта.

Данный препарат смеси лизатов бактерий:

- усиливает фагоцитарную активность за счет повышения качественного и количественного уровня фагоцитоза;
- увеличивает содержание в слюне лизоцима, известное своей бактерицидной активностью;
- стимулирует и увеличивает число иммунокомпетентных клеток, ответственных за выработку антител;
- стимулирует и увеличивает количество IgA, играющих главную роль в системе защиты ротовой полости;
- замедляет окислительный метаболизм полиморфно-ядерных лейкоцитов;
- обладает двойным эффектом — лечебным и профилактическим;
- удобен в применении (таблетки для рассасывания) и обладает приятным вкусом;
- сочетается с любым видом терапии;
- не содержит сахара;
- безопасен, поскольку оказывает только местное действие.

Препарат состоит из смеси лизатов (*Lactobacillus acidophilus*, *L. fermentum*, *L. helveticus*, *L. lactis*, *Streptococcus pyogenes* группы A, *Enterococcus faecalis*, *E. faecium*, *S. sanguinis*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*, *Fusobacterium nucleatum*, *Candida albicans*). Имудон — активное специфическое противомикробное и противовоспалительное средство, значительно сокращающее сроки эпителизации элементов поражения при ОГС у детей путем коррекции местного иммунитета. За счет мятых отмечено непродолжительное анальгезирующее действие. В связи с высокой эффективностью указанное лекарственное средство рекомендовано для лечения ОГС у детей как в качестве стимулирующего, так и замещающего средства для коррекции местного иммунитета. Применять данный препарат необходимо не ранее, чем через 30–40 мин после обработки полости рта антисептическим и противовирусным препаратом. После рассасывания таблетки в течение 1 ч не рекомендуется принимать пищу, полоскать рот. Данные исследований свидетельствуют о преимуществе комплексной терапии ОГС с применением смеси лизатов бактерий, ее высокой эффективности, выражающейся в достоверном сокращении сроков эпителизации элементов поражения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глинский Н.П. Герпес-вирусы человека. В кн.: Неизвестная эпидемия, герпес. — Смоленск, 1997. — С. 8.
2. Елизарова В.М., Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Клинико-иммунологическое обоснование применения Имудона в терапии острого герпетического стоматита. — М.: МОРАГ, 2000. — 2000. — С. 151.
3. Елизарова В.М., Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Применение Имудона при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта. В кн.: VII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». — М., 2000. — С. 254.
4. Елизарова В.М., Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Имудон в детской стоматологии // РМЖ. — 2000. — № 2. — С. 8.

На 2–3-й день в препаратах-отпечатках элементов поражения появляются первые признаки регенерации по сравнению с общепринятыми методами лечения.

Осложнений и побочного действия при применении изучаемой смеси лизатов бактерий не отмечалось. Дети с удовольствием применяют этот препарат, так как он имеет приятный мятный вкус и не раздражает слизистую оболочку полости рта. Новая схема комплексной терапии ОГС с назначением средств иммунотерапии рекомендована нами для практического применения.

В заключение следует отметить, что ОГС в любой форме является острым инфекционным заболеванием и требует во всех случаях внимания со стороны педиатра и стоматолога для того, чтобы обеспечить комплексное лечение, исключить контакт больного ребенка со здоровыми детьми, провести профилактические мероприятия в детских коллективах.

СХЕМА ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ

Местное лечение

1. В продромальный период применяют: интерферон — по 3–4 капли в нос и под язык каждые 4 ч.
2. Обезболивающие средства перед приемом пищи:
 - 5–10% раствор анестезина на персиковом масле;
 - лидохлор гель.
3. Средства для обработки полости рта после каждого приема пищи:
 - раствор перманганата калия 1:5000;
 - раствор фурацилина 1:5000;
 - крепкий раствор свежесваренного чая;
 - растворы ферментов — трипсина или химотрипсина.
4. В период высыпаний назначают противовирусные препараты (Флореналь, Теброфен, Бонафтон, ацикловир) в сочетании с лизатами бактерий. Их наносят на слизистую оболочку полости рта после ее гигиенической обработки 3–4 раза в день. Препараты смеси лизатов бактерий назначают до 8 таблеток в день. Используют также растворы неоферона, интерферона.
5. В период угасания болезни применяют кератопластические средства — масло шиповника, каротоллин, масло облепихи, в сочетании с препаратом смеси лизатов бактерий.

Общее лечение

1. Нераздражающая пища, обильное питье.
 2. Гипосенсибилизирующая терапия — антигистаминные препараты.
 3. Жаропонижающие, болеутоляющие средства.
- На данный момент аналога препарата на российском фармацевтическом рынке не существует. В течение многих лет и в результате большого количества исследований препарат Имудон доказал свою эффективность, что позволяет нам рекомендовать его нашим пациентам и коллегам.

5. Ершов Ф.И., Чижов Н.П. Лечение вирусных инфекций. Клиническая фармакология и терапия. — 1995. — № 4. — С. 75–78.
6. Семенова Т.Б., Губанова Е.И. Современные представления о клинике, особенностях, эпидемиологии и лечении простого герпеса // Лечащий врач. — 1999. — № 23. — С. 10–16.
7. Brown D. European Study of the epidemiology and seroprevalence of HSV 2. Serological assays for Herpes simplex virus infections: new developments. European Congress on STDs. — 1996. — P. 19.
8. Overall I.C. Herpes simplex virus infection of the fetus and newborn // Pediatr. Ann. — 1994. — V. 73, № 2. — P. 194–198.